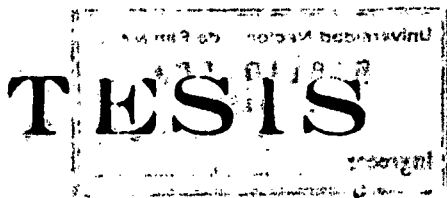


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**



**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**"Aspectos epidemiológicos del parto de pretérmino en el  
Hospital II IPSS Tarapoto 1,989 — 1,993"**



**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:**

**OBSTETRIZ - OBSTETRA**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. María Antonieta Navarro Torres**

**Bach. Edward Villacorta Panduro**

**ASESORES:**

**Dr. Adán Granda Granda**

**Lic. Estad. : Pedro Ballena Chumioque**

**TARAPOTO — PERU**

**1.994**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

FACULTAD DE OBSTETRICIA


"ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993"

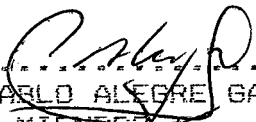
TESISTAS:


MARIA ANTONIETA NAVARRO TORRES

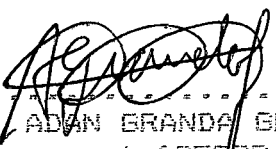
EDWARD VILLACORTA PANDURO

JURADO CALIFICADOR:

  
.....  
DR. AUGUSTO LLONTOP CHUMBEQUE  
( PRESIDENTE )

  
.....  
DR. PABLO ALEGRE GARAYAR  
( MIEMBRO )

  
.....  
OBST. ROSA RIOS LOPEZ  
( MIEMBRO )

  
.....  
DR. ADAN GRANDA GRANDA  
( ASESOR )

Dedico la presente tesis con sincera deferencia y afecto a mis adorados padres JOSE TRINIDAD Y OLINDA, quienes con su abnegada y sacrificada labor forjaron mi formación personal hacia una feliz consecución de mi carrera profesional.

A mis queridos hermanos y sobrinos; quienes con su apoyo moral y desinteresado me alentaron en todo momento para seguir adelante en esta ardua y sacrificada profesión.

Con aprecio y profunda gratitud a EDILBERTO quien ocupando un lugar especial en mi corazón con su cariño y apoyo permitió que culminara satisfactoriamente mi añorado anhelo profesional.

MARIA ANTONIETA

A MIS PADRES

EDWARD VILLACORTA RUIZ y MERCEDES PANDURO RAMIREZ quienes con su sacrificada labor vieron culminadas mi más anhelo sueño, la de ser un profesional.

A MIS HERMANOS

Con sincero afecto, quienes con su apoyo moral y desinteresada me alentaron seguir adelante.

EDWARD

Nuestro agradecimiento sincero al Dr. ADAN  
GRANDA GRANDA por su asesoramiento  
desinteresado de nuestra tesis.

## INDICE

	Pág.
I     INTRODUCCION .....	01
II    MATERIAL   Y METODOS .....	10
III   RESULTADOS - DISCUSION .....	12
IV    CONCLUSIONES .....	37
V     RECOMENDACIONES - SUGERENCIAS .....	38
VI    RESUMEN .....	40
VII   REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
ANEXOS .....	48

Con frecuencia se observa el nacimiento de niños de pretérmino, que significa mayor morbilidad y gastos para la institución que los atiende, así como para el núcleo familiar. Ante esta situación surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los Aspectos Epidemiológicos que condicionan el Parto de Pretérmino en el Hospital II IPSS-Tarapoto?

Algunos años atrás se prestaba poca atención al trabajo de parto de pretérmino, a mitad del siglo apenas se podía encontrar alguna referencia, aunque es difícil que la frecuencia haya sido menor entonces, además del desconocimiento de las causas precipitantes, había muy poca posibilidades de inhibir el trabajo de parto. El desarrollo de drogas que influyen en la actividad uterina, unida a una mayor oportunidad de sobrevivida para los neonatos de pretérmino, ha despertado mayor interés en el intento de inhibir el trabajo de parto antes del término. Sin embargo, ya que la causa es compleja y con frecuencia multifactorial, la terapia se acompaña de una cantidad de problemas (11).

Todavía no hay un acuerdo generalizado con respecto a la intensidad de la actividad uterina para definir el inicio del trabajo de parto de pretérmino.

De acuerdo con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha establecido un tiempo de gestación de 37 semanas como límite máximo de prematuridad, mientras que límites más bajos todavía no se han precisado para distinguir entre aborto y nacimiento de pretérmino, y los autores varían entre las 20 a 22 semanas de embarazo. Desde que el útero no es un órgano inerte y durante el embarazo asume creciente actividad, con frecuencia resulta difícil determinar cuando esta actividad ha excedido lo normal y ponga al feto en peligro de ser expelido (11).

Según lo analizado por RUSH y Col. aparentemente no hay una causa determinante del trabajo de parto de pretérmino espontáneo, sin embargo las contracciones espontáneas de causa desconocida desencadenaron parto de pretérmino en aproximadamente 50 % de las pacientes (23).



Es conocido que el estado de salud de una población se evalúa por indicadores entre otros de morbimortalidad y conociendo que la prematuridad es la causa principal de morbimortalidad perinatal, el manejo de un trabajo de parto de pretérmino es una urgencia obstétrica y un reto para el equipo de especialistas que lo conducen (14).

Hay una serie de condiciones maternas que aumentan el riesgo de nacimientos de pretérmino, la embarazada menor de 15 años de edad tiene una alta frecuencia (15,8%) que va disminuyendo a medida que avanza la edad, entre 20 a 29 años (6,1%); con una tendencia ligera a aumentar por encima de los 40 años de edad. El curso del trabajo de parto de pretérmino se ve complicado por situaciones y presentaciones anómalas que pueden requerir la vía alta para su culminación (6).

Las alteraciones útero-cervicales congénitas o adquiridas, la sobredistensión uterina (hidramnios, embarazo múltiple) así como la ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) e hipertensión arterial aumentan el riesgo de parto de pretérmino (20).

Algunos factores condicionantes que influyen significativamente en la prematuridad son: Edad materna menor de 20 y mayor de 29 años, falta de control prenatal, gestación múltiple, infección del tracto urinario (ITU), RPM y enfermedad hipertensiva del embarazo (1), (5), (7), (8), (12), (15), (18), (19), (21), (26), (32), (35).

ORMERO Y Col. (17) realizaron un estudio prospectivo para comparar el embarazo de la primigesta juvenil y el de la añosa, así como sus productos con gestantes en periodo reproductivo ideal (20 a 30 años), encontrando que la mayor incidencia de partos de pretérmino corresponde a la primigesta juvenil (21).

SILVA Y Col. (28) en un estudio representado por casos de gestantes de 35 años y más, concluyeron que éstas, tienen mayor riesgo de morbilidad materna, cesárea electiva y de tener un recién nacido con peso inferior a 2,500 gr. o en su defecto prematuros.

En un estudio realizado en 1,980 en nuestro Hospital, se encontró que el mayor porcentaje de partos de pretérmino ocurrió entre los 15 y 30 años de edad (74,15 %) con una mayor incidencia de recién nacidos del sexo masculino (4), (5), (13), (15).

Nadie puede dudar que a parte de las condiciones físico-orgánicas de la madre, también los factores socio-ambientales, a los que está expuesta influyen sobre el producto de la gestación, condicionando la prematuridad (5).

Se señala que aproximadamente la mitad de los recién nacidos de bajo peso, tienen una edad gestacional inferior a 37 semanas y se estima que constituye una necesidad de primer orden, el cálculo, con la mayor precisión posible de la edad gestacional de un neonato; pues la conducta dependerá en gran medida de ésta y de la identificación de los factores que contribuyeron a que se produzca el parto antes del término (25).

El porcentaje de partos de pre término en el Hospital II IPSS - Tarapoto en el año de 1,993 fue de 7,78%.

MENDOZA y Col. (15) con el objeto de determinar la incidencia y los factores epidemiológicos de prematuridad, encontraron una cifra de 4,97%, con una relación de un prematuro por cada 20 nacimientos.

Sin embargo VELA (32), SALAS (24), RAMOS y Col. (21) reportaron 4,4 %, 4,21 % y 9 % respectivamente.

La prematuridad es uno de los factores relacionados con el incremento de la morbilidad perinatal (10).

CASTILLA y otros (4), reportan que las causas más frecuentes de morbilidad en los recién nacidos pretérmino son: Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), asfixia, hiperbilirrubinemia y sepsis (3), (24); WELDT y Col. (33) encontraron que la morbilidad más frecuente es la ictericia (54,6%), seguida de los problemas metabólicos y SDR (9,3 %).

GOMEZ, (7) informa de una morbilidad de 34 % por insuficiencia respiratoria, ictericia (28,5%), infección (34 %) e hipocalcemia (7 %).

Con el objeto de reducir el parto de pretérmino e intentar disminuir la morbimortalidad perinatal se estudiaron las patologías obstétricas y de recién nacidos asociados con el parto de pretérmino y la mortalidad de estos niños, así tenemos:

BACHERER, (2) encontró que la mayoría de los recién nacidos tuvieron una edad gestacional de 30 semanas, la misma que se constituyó en el límite inferior de sobrevivida.

KIZER, (10) relaciona los factores siguientes con el incremento de la mortalidad perinatal: edad materna menor de 14 y mayor de 30 años, edad gestacional menor de 33 semanas, pacientes sin control prenatal, toxemia, placenta previa (PP), desprendimiento prematuro de placenta (DPP), presentación podálica, cesárea, y malformaciones congénitas (24).

Según WELDT, E; HERING, E. (34) la primera causa de muerte es la prematuridad extrema seguida de SDR y luego hemorragia intracraneana.

MENDOZA y Col. (15) reportan una mortalidad perinatal de 40,68 %, con una relación de un prematuro muerto por cada 50 nacimientos.

El riesgo de un producto de pretérmino de padecer membrana hialina es 14,4 veces mayor que en los productos de término (31).

Conocedores de estos indicadores, nos planteamos el presente trabajo, con la finalidad de identificar los aspectos epidemiológicos del parto de pretérmino en el Hospital II IPSS- Tarapoto, que por ende estamos seguros servirá de base para el inicio de otras investigaciones y de ayuda para reducir la incidencia del mismo.

## OBJETIVOS

### **A. Generales**

- Identificar los aspectos epidemiológicos del parto de pretérmino en el Hospital II IPSS- Tarapoto.

### **B. Específicos**

- Conocer la incidencia del parto de pretérmino en el Hospital II IPSS-Tarapoto.
- Determinar los factores asociados al parto de pretérmino.
- Determinar la morbilidad materna y perinatal en el parto de pretérmino.

## TERMINOS BASICOS

1. PARTO DE PRETERMINO.- Es el que se produce en una gestación de 20 a más pero menos de 37 semanas y/o con un producto de 500 gr. a más, pero menos de 2,500 gr. de peso.

En caso de duda en cuanto a la edad gestacional, el peso se considerará como el factor determinante para la calificación del tipo de parto.

2. MUERTE NEONATAL TEMPRANA.- Muerte de un recién nacido durante los primeros 7 días de vida.

3. **MORTALIDAD PERINATAL.**— Suma de fetos nacidos muertos más el número de muertes neonatales tempranas, por cada mil nacimientos.
4. **MORTALIDAD MATERNA.**— Muerte de una mujer producida en cualquier momento del embarazo (independientemente de su duración y localización), parto o puerperio, hasta los 42 días cumplidos después del parto.
5. **ESPACIO INTERGENESICO.**— Es el período comprendido entre la fecha de la terminación del penúltimo embarazo (ya sea con producto vivo o muerto, o con pérdida fetal) y la fecha de la última regla del actual embarazo.



## II.

## MATERIAL Y METODOS

### 1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es un estudio descriptivo con recolección retrospectiva de datos, comprendido entre 1,989 - 1,993.

### 2. DISEÑO DE INVESTIGACION

Diseño descriptivo simple.

M <-----i

M = muestra, partos de pretérmino durante el período de 1,989 - 1,993.

i = aspectos epidemiológicos.

### 3. POBLACION DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE MUESTRA

En la muestra para este estudio se ha considerado los partos de pretérmino ocurridos desde el año de 1,989 - 1,993. En este período ocurrieron un total de 8,699 partos, de los cuales se encontraron 676 partos de pretérmino.

El tamaño muestral de nuestro estudio es 118, pero se ha considerado para cada investigador 1,5 veces de la muestra encontrada, obteniéndose un total de 354 (118 x 3).

Se tomaron los datos específicos de las historias clínicas debidamente enumeradas los cuales son referidos en el formato elaborado de este estudio.



#### 4. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Para el tratamiento e interpretación de datos se utilizó la estadística descriptiva, pruebas estadísticas no paramétricas como la Chi-cuadrado.

#### 5. VARIABLES

En nuestro trabajo de investigación tenemos 2 tipos de variables:

VARIABLES INDEPENDIENTES, que están constituidas por todos los factores epidemiológicos tales como la RPM, ITU, hidramnios, etc.

VARIABLE DEPENDIENTE, constituida por el parto de pretérmino.

### III. RESULTADOS - DISCUSION

#### CUADRO Nº 01

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993.

#### INCIDENCIA DE PARTOS DE PRETERMINO POR AÑO

AÑO	INCIDENCIA DEL PARTO DE PRETERMINO		
	TOTAL PARTOS	PARTOS PRETERMINOS	%
1,989	1,692	142	8,4
1,990	1,750	138	7,9
1,991	1,734	134	7,7
1,992	1,773	129	7,3
1,993	1,750	133	7,6

$$\bar{X} = 7,78 \% = 7,8 \%$$

En el cuadro Nº 01, en el período de 1,989 - 1,993 se muestra una incidencia promedio de partos de pretérmino de 7.8%, lo que significa que de cada 100 partos aproximadamente 8 de ellos fueron partos de pretérmino, por lo tanto se deduce que en nuestro trabajo de investigación existe una relación de un parto de pretérmino por cada 12,5 = 13 nacimientos.

Confrontando con un estudio realizado por MENDOZA, J; y Col. (15) en nuestro hospital en 1,980 encontraron una incidencia de 4,97 % con una relación de un prematuro por cada 20 nacimientos, mientras que a nivel nacional (14) el porcentaje de partos de pretérmino en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé de Lima fue de 7,4 %. Sin embargo CIFUENTES, (6) reporta que la incidencia de partos de pretérmino en América Latina como promedio es de 9 % observándose que la incidencia encontrada en nuestro estudio se aproxima a esta cifra.

## CUADRO Nº 02

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITALII IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993.

### CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Nº CASOS (*)	% (**)
<u>EDAD</u>		
≤ 19 Años	96	27,12
20 - 34 años	236	66,67
≥ 35 Años	22	6,21
<u>PROCEDECENCIA</u>		
Rural	30	8,50
Urbana	242	68,40
Urbano-Marginal	82	23,10
<u>GRADO DE INSTRUCCION</u>		
Analfabeta	3	0,85
Primaria	89	25,14
Secundaria	199	56,21
Superior	56	15,82
Se desconoce	7	1,98
<u>ESTADO CIVIL</u>		
Soltera	48	13,56
Conviviente	137	38,70
Casada	169	47,74
<u>PARIDAD</u>		
Primípara ( 1 hijo )	139	39,27
Múltipara (2-5 hijos)	196	59,37
Gran múltipara (> 6 hijos)	19	5,36
<u>OCUPACION</u>		
Campesina	5	1,40
Comerciante	6	1,70
Estudiante	26	7,30
Empleada pública	60	17,00
Su casa	252	71,20
Se desconoce	5	1,40

(\*) El número de casos de parto de pretermino para cada característica es n = 354

(\*\*)El porcentaje total para cada característica demográfica es 100 %

## EDAD

Encontramos que el mayor número de casos de partos de pretérmino se da en gestantes de 20 a 34 años, lo que representa el 66,67 %, con una edad promedio de 25,33 años.

Según VELA, (32) EN 1,985, en un estudio realizado en el Hospital Regional "Víctor Lazarte Echegaray" IPSS Trujillo reporta que el mayor número de casos de partos de pretérmino ocurrieron entre las edades de 20 a 29 años; mientras que MENDOZA, J; (15) encontró que el mayor porcentaje de partos de pretérmino correspondió a las edades de 15 a 30 años, con un 74,15 %.

CIFUENTES, (6) reporta que la incidencia de partos de pretérmino es mayor en mujeres menores de 15 años, lo cual contrasta con nuestro estudio.

En 1,985, CASTILLA, G; (4) en Lima reporta que la edad promedio de la madre fue 29,5 años. sin embargo en un estudio realizado en el ámbito local por MENDOZA, J; (15) encontró una edad promedio de 28 años.

## PROCEDENCIA

La mayor incidencia en la zona urbana con 68,4%.

## GRADO DE INSTRUCCION

Mayor incidencia en el nivel secundario con 56,21 % seguido del nivel primario con 25,14 % y en menor incidencia en el nivel superior con 15,82 %.

## ESTADO CIVIL

Mayor frecuencia en gestantes casadas con 47.74%, seguido de las gestantes convivientes con 38.70 %.

## PARIDAD

Se encontró una mayor incidencia en el grupo de las multiparas con un 59,37 % seguido de las primiparas con un 39,27 %. MENDOZA, J; (15) reporta que no existe diferencia significativa entre primiparas 35 %, multiparas 32,2 % y gran multiparas 32,2 % , lo cual contrasta con los hallazgos de nuestro estudio; pero sin embargo VELA, (32) reporta en cuanto a las multiparas una cifra similar con un 59,9 %.

## Ocupación

Ocorre con mayor frecuencia en las amas de casa con un 71,20 %, seguido de las empleadas públicas (profesoras, técnicas de enfermería, secretarias, etc.) con 17,00 %.

### CUADRO Nº 03

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993

#### ANTECEDENTES MATERNOS

ANTECEDENTES MATERNOS	Nº	%
ABORTO	122	29,04
PRETERMINO	47	11,18
I.T.U	25	5,95
CESAREA ANTERIOR	22	5,23
ANEMIA	18	4,28
OBITO FETAL	11	2,62
TOXEMIA	10	2,38
NATIMUERTO	5	1,19
EMBARAZO MULTIPLE	5	1,19
MALFORMACIONES CONGENITAS	3	0,71
T.B.C.	3	0,71
R.P.M.	2	0,48
ENFERMEDAD RENAL (LITIASIS RENAL)	2	0,48
PALUDISMO	1	0,24
MUERTE NEONATAL	1	0,24
SE IGNORA	153	36,43
TOTAL	420	100,00

En el presente cuadro se aprecia que el antecedente materno con mayor porcentaje fue el aborto con 29,04%, en frecuencia descendente el parto de pretérmino 11,18%, I.T.U. 5,95%, cesárea anterior 5,23%, anemia 4,28%.

Además es digno resaltar en nuestro estudio al aplicar el formato de datos , que 153 pacientes con parto de pretérmino se ignoran los antecedentes maternos (36,43 %).

En las respuestas obtenidas de antecedentes maternos, en muchas se registró multiplicidad de antecedentes; razón por la cual apreciamos un total de 420.

En los recién nacidos con edad gestacional menor de 37 semanas, con un peso menor o igual de 2,500 gr. constituye el riesgo de un producto de pretérmino y esto se relaciona directamente con la madre gestante y los antecedentes de ella cobran preponderante importancia, por todo esto cabe mencionar lo siguiente: que el aborto, parto de pretérmino, embarazo múltiple y malformaciones congénitas, como antecedentes predisponen al parto de pretérmino (6); coincidiendo con nuestro estudio.

Hallazgos similares en Venezuela (1,986), reportan el aborto, cesárea, ITU y multigestas (1), (19).



Así mismo en este cuadro observamos que en un buen porcentaje se ignora los antecedentes, lo que indica que no necesariamente debe constar la presencia de antecedentes para presentar un parto de pretérmino.

## CUADRO Nº 04

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993

### PATOLOGIAS ASOCIADAS AL EMBARAZO

<u>PATOLOGIAS ASOCIADAS AL EMBARAZO</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
RPM	111	22,24
ITU	63	12,63
OBITO FETAL	51	10,22
TOXEMIA	33	6,61
EMBARAZO MULTIPLE	24	4,81
DPP	21	4,21
CORIOAMNIONITIS	18	3,61
ANEMIA MODERADA SEVERA	15	3,01
AMENAZA DE ABORTO	13	2,61
OLIGOAMNIOS	11	2,20
P.P.	4	0,80
POLIHIDRAMNIOS	3	0,60
DESNUTRICION	3	0,60
HIPEREMESIS GRAVIDICA	3	0,60
INCOMPATIBILIDAD CEFALO PELVICA	2	0,40
PIELONEFRITIS	2	0,40
TBC	2	0,40
PALUDISMO	2	0,40
OTROS	6	1,20
NO DIAGNOSTICADO	112	22,44
TOTAL	499	99,99

En el cuadro 4 observamos que la patología más notoria asociada al embarazo es la RPM, constituyendo en orden decreciente los factores de riesgo siguientes a la RPM, ITU, óbito fetal, toxemia, embarazo múltiple, DPP, corioamnionitis, etc.

\* Se obtuvieron multiplicidad de patologías.

En Chile ( 1,990), OVALLE, A; (18) encontró que las patologías asociadas al embarazo más frecuentes fueron: RPM, ITU, hipertensión arterial (10).

VELA, J; (32) en Trujillo (1,985) reporta una mayor frecuencia de RPM, ITU, toxemia, embarazo múltiple, desnutrición, hidramnios, amenaza de aborto, anemia, TBC.

Todos los datos encontrados en nuestro estudio, concuerdan con la literatura investigada.

Como podemos apreciar en el presente cuadro que en un 22,44 % no se diagnosticaron las patologías asociadas al embarazo, lo que justificaría lo reportado por MAYO, J; (14) que la etiología del parto de pretérmino no se pudo demostrar en el 30 % y lo afirmado por RUSH y Col.(23) en el sentido de que no hay una causa determinante del trabajo de parto de pretérmino.

## CUADRO Nº 04-A

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993.

### FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO	Nº	%
1 SOLO FACTOR DE RIESGO	149	42,09
2-3 FACTORES DE RIESGO	87	24,58
4-5 FACTORES DE RIESGO	6	1,69
> 6 FACTORES DE RIESGO	---	---
NO SE DIAGNOSTICARON	112	31,64
TOTAL	354	100,00 %

En el presente cuadro, apreciamos que el mayor porcentaje corresponde a un sólo factor de riesgo (42,09 %) y el menor porcentaje 4 - 5 factores de riesgo con 1,69 %.

Por todo lo expuesto aseveramos que basta un sólo factor de riesgo o ninguno de ellos para que se produzca el parto de preétermino.

### CUADRO Nº 05

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II, IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993.

#### CONTROL PRE NATAL

CONTROL PRE-NATAL	Nº	%
SI	199	56,21
NO	146	41,24
SE IGNORA	9	2,54
TOTAL	354	

Observamos que 199 (56,21 %) mujeres que tuvieron parto de pretérmino refieren Control Pre-Natal, mientras que 146 no se controlaron (41,24 %); se ignora en nueve casos (2,54 %).

Según KIZER (10), VELA, J; (32), CIFUENTES, (6) la falta de Control Pre-Natal en las gestantes, influye significativamente en la repercusión del parto de pretérmino, lo cual coincide con lo estimado en nuestro estudio (41,24%).

## CUADRO Nº 06

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS- TARAPOTO 1,989 - 1,993.

### EXAMEN AUXILIAR: HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA	Nº	%
MENOR O IGUAL 8 gr.	13	3,67
9 - 10 gr.	87	24,58
11 - 13 gr.	153	43,22
MAYOR DE 14 gr.	3	0,85
SE IGNORA	98	27,68
TOTAL	354	100,00 %

$$\bar{X} = 10,97 = 11 \text{ gr.}$$

$$\bar{X} \pm S = 10,97 \pm 1,39$$

$$[ 9,58 - 12,36 \text{ gr. } ]$$

En el cuadro Nº 06 encontramos que la mayoría de gestantes tienen una hemoglobina comprendida entre 11 a 13 gramos; 27,68 % lo ignoran o no se hicieron este examen auxiliar.

En este mismo cuadro apreciamos que el promedio de hemoglobina para la muestra en estudio es de  $10,97 = 11 \text{ gr.}$ , con valores extremos de 9,58 a 12,36 gr., lo que indica que la mayoría de gestantes se encuentran dentro de los parámetros normales.

VELA (32), PACHECO, J; (19) consideran que la hemoglobina es muy importante en todas las gestantes, puesto que valores bajos pueden conllevar al parto de pretermino (6).

### CUADRO Nº 07

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL HOSPITAL II IPSS- TARAPOTO 1,989 - 1,993.

#### ADMINISTRACION DE TOCOLITICOS

ADMINISTRACION DE TOCOLITICOS	Nº	%
DILATOR	33	9,3
SALBUTOL	2	0,6
NINGUNO	319	90,1
TOTAL	354	100,0 %

De la muestra en estudio de 354 madres gestantes, según este cuadro observamos que una cifra pequeña (35) que representa el 9,9 % del total, se prescribieron tocolíticos.

## CUADRO Nº 08

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993.

### TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO	Nº	%
VAGINALES	285	80,51
- Espontáneos	227 *	64,52
- Conducido	27	7,63
- Inducido	23	7,00
- Estimulado	8	2,26
ABDOMINALES	69	19,49
TOTAL	354	100,00

\* De los 227 partos vaginales espontáneos 42 fueron expulsivos.

De un total de 285 partos vaginales (80,51 %), se observa que la mayor incidencia comprende al grupo de los partos vaginales espontáneos (64,52 %) limitándose a un 2,26 % de los partos vaginales estimulados.

También se encontró un total de 69 partos abdominales (19,49 %), siendo la indicación de esta vía: DPP, toxemia, presentación podálica, SFA, situación transversa, embarazo múltiple y otros.

AGUERO, O; (1) reporta una incidencia de cesáreas de 14,4 % en los partos de pretérmino; sin embargo PACHECO, J; (19) reporta una cifra superior de 29 % de partos abdominales.



## CUADRO Nº 09

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1,989 1,993.

### ESPACIO INTERGENESICO

ESPACIO INTERGENESICO	Nº	%
≤ 2 Años	113	31,92
3 - 5 Años	77	21,75
≥ 6 Años	34	9,60
Se ignora	23	6,50
Sin período intergenésico	107	30,23
TOTAL	354	100,00 %

Observamos la distribución de la muestra en estudio en función del período intergenésico y deducimos que la mayoría tiene un período intergenésico menor o igual a 2 años, otras de 3 a 5 años, pero en nuestra muestra encontramos que 107 casos (30,23 %) carecen de dicho período y en un 6,5 % se ignora.

Las gestantes con espacio intergenésico menor o igual a 2 años tienen mayor frecuencia de parto de pretérmino que aquellas, con espacio intergenésico mayor de 6 años.

## CUADRO Nº 10

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993.

### PRESENTACION FETAL Y SU RELACION CON EL SEXO

PRESENTACION FETAL	SEXO DEL RECIEN NACIDO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CEFALICO	138	36,51	156	41,27	294	77,78
PODALICO	31	8,20	38	10,05	69	18,25
TRANSVERSO	5	1,32	5	1,32	10	2,65
SE DESCONOCE					5	1,32
TOTAL	174		199	(*)	378	100,00

(\*) 24 R.N. Gemelares.

Se aprecia que la presentación fetal cefálica, se dió en un total de 294 casos de recién nacidos con 77,78 %, de éste el 41,27 % fueron del sexo masculino, seguida de la presentación fetal podálica con un total de 69 casos (18,25 %), de los cuales 10,05 % fueron del sexo masculino; sin embargo UZCATEGUI, O; (30) en Venezuela encontró una incidencia de presentación cefálica de 88,66 %, podálica 12,66 % y 2 % en la situación transversa.

CIFUENTES, (6) reporta cifras superiores a las nuestras con un 30 % de partos podálicos en embarazos de pretérmino.

## CUADRO Nº 11

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993.

### CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO		Nº	%			
<u>EDAD GESTACIONAL</u>						
≤ 27 semanas		40	11,30			
28 - 32 semanas		65	18,36			
33 - 37 semanas		249	70,34			
TOTAL		354	100,00%			
<u>SEXO</u>						
MASCULINO		199	52,65			
FEMENINO		174	46,03			
SE IGNORA		5	1,32			
<u>PESO</u>						
500- 999 gr.		36	9,5			
1000- 1499 gr.		38	10,1			
1500- 1999 gr.		73	19,3			
MAYOR 2000 gr.		228	60,3			
SE DESCONOCE		3	0,8			
TOTAL		(*) 378	100,0 %			
<u>APGAR AL MINUTO</u>		<u>VAGINAL</u>	<u>CESAREA</u>	<u>TOTAL</u>		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - 3 PUNTOS	19	5,02	4	1,06	23	6,08
4 - 6 PUNTOS	26	6,88	13	3,44	39	10,32
7 - 10 PUNTOS	210	55,66	55	14,55	265	70,11
OBITOS	47	12,43	4	1,06	51	13,49
TOTAL		302	76	** 378	100,00%	

(\*) 24 pesos y sexos corresponden a R.N. de partos gemelares.

(\*\*) 24 APGAR al minuto corresponden a R.N. gemelares.

$\bar{X} \pm S$

En las características del recién nacido dadas en el Cuadro Nº 11, apreciamos que la edad gestacional promedio fue de 33,17 semanas, estableciendo también que en esta muestra la edad gestacional del recién nacido está en el intervalo de 30,25 a 36,09 sem., con predominio en el sexo masculino 52,65 % y un promedio de peso general de 1755 gr. guardando un intervalo de peso entre 1,356 a 2,154 gr.

Se observa que el mayor puntaje de APGAR al minuto comprende de 7 - 10 puntos con un 70,11 %. Según el tipo de parto en la vaginal encontramos 55,56 % . El menor APGAR de 1 - 3 puntos con un 6,08 %. Según el tipo de parto en la vía vaginal encontramos 5,02 %.

El promedio de APGAR al minuto en nuestro estudio fue de 7,6 = 8 puntos y un intervalo de 5,74 a 9,58 puntos.

BACHERER, G; (2) en Bolivia (1,986); encontró que la mayoría de los recién nacidos tuvieron una edad gestacional de 30 semanas, siendo éste también el límite inferior de sobrevida.

En otro estudio KIZER, (10) reporta una edad gestacional menor de 33 semanas.

La edad gestacional promedio en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé de Lima fue de 31,95 semanas (14); como podemos observar en nuestro estudio el promedio de edad gestacional fue de 33,17 semanas.

En cuanto al sexo en un estudio realizado por MENDOZA, J; (15) en el Hospital de Tarapoto, encontró una mayor incidencia para el sexo masculino 74,58 %, mientras que en Lima CASTILLA, G; (4) SASCIETA, L; (27) reportan una incidencia de 51,57 % y 56,28 % respectivamente.

En un estudio realizado por MENDOZA, J; (15) referente al peso reporta que la mayor frecuencia estuvo en el grupo de 1,500 gr. (39,27 %), lo cual contrasta con nuestro trabajo de investigación en el cual encontramos que la mayor frecuencia está en el grupo de 2,000 gr. (60,3 %).

MAYO, J; (14) reporta un peso promedio de 1,751.95 gr., lo cual coincide con nuestros hallazgos que es de 1,755 gr.

La puntuación de APGAR al minuto de 7 - 10 correspondió al 77,19 % (4) cifra que se aproxima a los valores encontrados en nuestro estudio y aplicando la distribución chi-cuadrado con una probabilidad de 0,05 % existe diferencia significativa, es decir el APGAR depende del tipo de parto.

# CUADRO Nº 12

## ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993.

### PARIDAD Y SU RELACION CON EDAD GESTACIONAL Y PESO DEL R.N.

EDAD GESTACIONAL	P A R I D A D							
	PRIMIPARA		MULTIPARA		GRAN MULTIPARA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MENOR/IGUAL 27 SEMANAS	12	8,51	26	13,40	2	10,53	40	11,30
28 - 32 SEMANAS	23	16,31	38	19,60	4	21,05	65	18,36
33 - 37 SEMANAS	104	74,82	132	67,35	13	68,42	249	70,34
PESO								
500 - 999 gr	11	7,80	23	10,55	2	10,53	36	9,5
1000 - 1499 gr	11	7,80	24	11,01	3	15,79	38	10,1
1500 - 1999 gr	26	18,44	43	19,72	4	21,05	73	19,3
Mayor de 2000 gr	93	65,96	125	57,34	10	52,63	228	60,3
Se desconoce			3	1,38			3	0,8
TOTAL	141	100,00	218	100,00	19	100,00	378	100,00

$$\bar{X}_1 + \bar{X}_2 + \bar{X}_3 = \bar{X}_6$$

En el presente cuadro observamos que el promedio de edad gestacional en las primíparas es de 33,5 semanas; en las multiparas 32,9 semanas y en las grandes multiparas 33,1 semanas; obteniendo un promedio general de 33,17 semanas, en cuanto al peso tenemos que el promedio en las primíparas es de 1,797 gr. en las multiparas 1,732.34 gr. y en las grandes multiparas de 1,697.13 gr. obteniéndose un promedio global de 1,742.3 gr.

### CUADRO Nº13

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO EN EL PRETERMINO EN EL  
HOSPITAL II IPSS - TATAPOTO 1,989 - 1993.

#### MORBILIDAD MATERNA SEGUN TIPO DE PARTO

MORBILIDAD MATERNA	VAGINAL		CESAREA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CORTOAMNIONITIS	17	4,80	1	0,28	18	5,10
ENDOMETRITIS	12	3,39	5	1,41	17	4,80
VULVOVAGINITIS	10	2,82	-	--	10	2,80
DESGARRO II - III*	5	1,41	-	--	5	1,40
TOXEMIA	5	1,41	-	--	5	1,40
DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA	3	0,85	-	--	3	0,90
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	-	--	4	1,13	4	1,10
COLPITIS	1	0,28	1	0,28	2	0,60
SIN MORBILIDAD	-	--	-	--	290	81,90
TOTAL		14,96		3,10	354	100,00

En el presente cuadro apreciamos que la mayor morbilidad se presenta en el parto por vía vaginal (14,96%), observándose en primer lugar la corioamnionitis con 4,80% seguido de la endometritis con 3,39% y en menor frecuencia la colpitis con 0,28%.

Mientras que por la vía abdominal la morbilidad es de 3,10%, siendo la endometritis la de mayor repercusión con 1,41%.

En nuestro estudio la morbilidad fue de 18,06%, lo que implica que de 100 partos de pretérmino aproximadamente 18 tienen morbilidad materna.

La Morbilidad Materna depende del método del parto siendo porcentualmente mayor para la vía vaginal, cifra similar a lo reportado por RODRIGUEZ (22), quien reporta una morbilidad materna por la vía vaginal de 13,5% y del 5,9% para la cesárea.

### CUADRO No. 14

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PARTO DE PRETERMINO EN EL HOSPITAL II. IPSS - TARAPOTO 1,989 - 1,993.

#### MORBIMORTALIDAD PERINATAL

MORBIMORTALIDAD PERINATAL	Nº	%
Prematuridad Extrema	65	17,20
Sepsis	55	14,55
Ictericia	25	6,61
Aspiración Meconial	20	5,29
Onfalitis	10	2,65
Neumonía	5	1,32
Sin morbilidad	198	52,38
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,00%</b>
MORTALIDAD PERINATAL	Nº	%
Prematuridad Extrema	54	14,29
Sepsis	28	7,41
Malformaciones Congénitas	12	3,17
Paro respiratorio	10	2,65
Acidosis Metabólica	6	1,59
Otros	6	1,59
Sin mortalidad	252	69,30
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100,0%</b>



En cuanto a la morbilidad perinatal se aprecia en orden de frecuencia la prematuridad extrema con 17,20 %, seguido de la sepsis con 14,55 % y en menor frecuencia la neumonía con 1,32 %.

De ello podemos deducir que de la prematuridad extrema el 14,29 % obtuvo la muerte perinatal seguido de la sepsis y las malformaciones congénitas [Dismorfofogenético (3), Anencefalia (1), focomelia (1)] con 7,41 % y 3,17 % respectivamente, así como en menor frecuencia otras causas de muerte perinatal que hacen 1,59 %.

En un estudio realizado por WELDT, E; HERING, E; (34) en Chile (1,984) se ha considerado como causas de morbilidad más frecuentes a la ictericia, sepsis y S.D.R; mientras que WELDT y Col. (33) en el Salvador reporta también una morbilidad perinatal por ictericia, problemas metabólicos S.D.R., enfermedad de membrana hialina y apnea primaria (9, 10).

En nuestro estudio la morbilidad perinatal específica por prematuridad es de 47,62 %.

Con el objeto de reducir el parto de pretérmino e intentar disminuir la mortalidad perinatal, se estudiaron las patologías obstétricas y de recién nacidos asociados con el parto de pretérmino y la mortalidad de estos niños, encontrándose como primera causa a la prematurez extrema, seguido del S.D.R. (34).

Por otro lado ARDAY, G; (29), en Valencia señala que las causas más frecuentes de mortalidad perinatal fueron la prematuridad extrema, sepsis, S.D.R. y malformaciones congénitas.

Confrontando la literatura, en estudios realizados por MENDOZA, J; (15) la mortalidad específica por prematuridad fue el 40,68 % y reporta una relación de un prematuro muerto por cada 50 nacimientos, mientras que en nuestro estudio se encontró una relación de un prematuro muerto por cada 75 nacimientos.

KIZER, S; (10), en Venezuela 1,985; reporta una mortalidad específica por prematuridad de 250,3 x 1000 N.V., mientras que en nuestro estudio es de 306,9 x 1000 N.V.; lo cual contrasta nuestros hallazgos.

#### IV.

#### CONCLUSIONES

1. La incidencia del parto de pretérmino en el HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO es de 7,8 %.
2. Los factores asociados al parto de pretérmino son: La RPM, ITU, Obito Fetal, toxemia, embarazo múltiple, DPP, corioamnionitis.
3. La tasa de mortalidad perinatal global en el HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO es de 17,8 x 1000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad perinatal en el parto de pretérmino es de 306,9 x 1000 N.V.; lo cual significa que el parto de pretérmino incrementa la tasa de mortalidad perinatal.
4. La morbilidad materna es de 18,06 %.
5. La prematuridad es la primera causa de morbimortalidad perinatal.
6. De todos los factores de riesgo del recién nacido, sólo tienen relación causal con su mortalidad la prematurez extrema, sepsis, malformaciones congénitas, paro respiratorio.

## V. SUGERENCIAS-RECOMENDACIONES

1. El énfasis deberá estar puesto en la extensión del CPN a todas las mujeres embarazadas, para la detección precoz de factores que aumenten el riesgo de partos de pretérmino y su derivación oportuna a nivel técnicamente capacitado.
2. Debe destacarse fundamentalmente la necesidad de una política sanitaria organizada que contemple:
  - La extensión del CPN.
  - Una educación adecuada de la población.
  - Capacitación y conscientización del equipo de salud

Esta política sanitaria deberá garantizar en la mujer la corrección de los factores de riesgo potencial del parto de pretérmino.

3. Para determinar la morbilidad materna y perinatal así como las secuelas graves del parto de pretérmino, debe desarrollarse acciones dirigidas a prevenir la prematuridad.

4. Se sugiere como una necesidad de primer orden el cálculo con la mayor precisión posible de la edad gestacional del R.N, cuya conducta médica dependerá en gran medida de la edad gestacional del R.N, y del estudio de los principales factores que contribuyen a que se produzca el parto antes del término.
5. Sugerimos que el éxito en la prevención del nacimiento de pretérmino está basado fundamentalmente en el conocimiento de los factores que aumentan el riesgo de prematuridad y en el diagnóstico precoz de la amenaza del parto de pretérmino.
6. Los Hospitales que se ocupan de los cuidados propios de la maternidad deberían poseer, idealmente las facilidades y el personal especializado esenciales para prestar cuidados intensivos, efectivos anteparto, intraparto y neonatales.
7. Por todo lo expuesto, cualquier esfuerzo destinado a prevenir o evitar la prematuridad será de gran beneficio.

## VI.

### RESUMEN

En el Hospital II IPSS - Tarapoto en el período comprendido 1,989 - 1,993, ocurrieron un total de 8,699 partos, de los cuales 676 fueron partos de pretérmino con una incidencia promedio de 7,8 %.

Dentro de las características demográficas se encontró que las pacientes tuvieron una edad promedio de 25,33 años, procedían de la zona urbana, con grado de instrucción secundaria, estado civil casadas, multiparas, trabajadoras del hogar y con un período intergenésico menor o igual de 2 años.

En cuanto a los antecedentes maternos y a las patologías asociadas predominaron en el primero el aborto y el parto de pretérmino y en el segundo la RPM y la ITU.

De la muestra en estudio el 56,21 % tuvieron CPN, con una hemoglobina promedio de 10,97 gr.

Solamente el 9,9 % de todas las pacientes, recibieron tocolíticos, siendo el fármaco mas usado el Dilator.

La vía más común del parto fue la vaginal (80,51 %), seguido de la vía abdominal (19,49 %); predominó la presentación fetal cefálica (77,78 %) y la presentación fetal podálica (18,25 %).

En las características del recién nacido resaltó el sexo masculino (52,65 %) con una edad gestacional promedio de 33,17 semanas, un peso promedio de 1,755 gr. y un AFGAR promedio al minuto de 7, 6 puntos.

Por otro lado se estudió la morbilidad materna encontrándose como principales causas de morbilidad la carioamnionitis (5,1 %) y endometritis (4,8 %), no registrándose ningún caso de muerte materna específica por prematuridad.

En cuanto a la morbilidad perinatal se encontró como causas principales a la prematuridad extrema y sepsis.

#### **IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. AGUERO, O: NAVARRO, P.: Prematuros de muy bajo peso al nacer. En: Revista Obstétrica Ginecológica, Venezuela; 48 (4): p.p. 9; 1,988.
2. BACHERER, G.: El neonato con un peso de 1,500 gr. y menos: 1,983. Servicio de Neonatología Maternidad "Percy Boland" Santa Cruz, Bolivia. En: Boletín Científico CENETROP, Bolivia; 11 (1): p.p. 43; 1,985.
3. CAHUA, R: TICOMA, M.: Morbimortalidad perinatal. Servicio de Neonatología Hospital de Tacna. 1,980 - 1,985. XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna-Perú; p.p. 22; 1,986.
4. CASTILLA, G: OLIVEROS, M: VELASQUEZ, L: PACHECO, J.: Características de los Recién nacidos de bajo peso (menor de 2,500 gr.) XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna-Perú; p.p.48; 1,986.
5. CERVANTES, R: WATANABE, T: DENEGRÍ, J.: Mortalidad Perinatal Hospitalaria 1,985. Muerte Materna y Perinatal en los Hospitales del Perú. Ministerio de Salud Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Editorial Arte Gráfica J.V.G. p.p. 155, 172, ; 1,988.
6. CIFUENTES, R.: Aspectos Perinatales del Nacimiento de Pretérmino. Obstetricia de Alto Riesgo, segunda



edición, Cali-Colombia; p.p. 113, 114 - 115 - 117, 1,987.

7. GOMEZ, M.: Morbimortalidad en un Servicio de Prematuros. Hospital Infantil de México. En: Boletín Médico; 43 (5): p.p. 294; 1,986.
8. GOMEZ, R: ORIONDO, M: FLORES, A: GUERRERO, H: ORMEÑO, A.: Repercusiones de la RPM en el recién nacido de parto eutócico. Hospital Docente de Ica. XIV Congreso de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna-Perú; p.p. 42; 1,986.
9. HINOJOZA, J: REYES, R: GARCIA, R.: Recién nacido con peso menor de 1,000 gr. Revisión de la Morbimortalidad y Secuelas a largo plazo. Hospital Infantil del Médico. En: Boletín Médico; 45 (3): p.p. 4; 1,988.
10. KIZER, S: MORENO, C.: Mortalidad Perinatal Institucional en los recién nacidos de bajo peso. En: Revista Obstetricia y Ginecología, Venezuela; p 45 (2): p.p. 104; 1,985.
11. LEWIS, P.: Parto de Pretérmino. Farmacología Clínica en Obstetricia. Editorial Médica Panamericana S.A., Primera Edición, Buenos Aires-Argentina; p.p. 165 - 166; 1,986.

**12. LOPEZ, G.: Consideraciones sobre la Gemelaridad:**

Diseño de un instrumento predictor de bajo peso de nacimiento en el embarazo gemelar; Escuela de Salud Pública para Obtención del Grado de Magister; Santiago-Chile; p.p. 65; 1,983.

**13. MALDONADO, C: ODRACIR, M: JOVICK, M.: Morbilidad en recién nacidos de bajo peso. Hospital Central de Aeronáutica 1,978 - 1,983. Lima. XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna - Perú; p.p. 47., 1,986.**

**14. MAYO, J.: Evaluación del Trabajo de Parto Prematuro.**

En: Rev. Acta Médica. Colegio Médico del Perú. Volúmen 1; p.p. 104; 1,983.

**15. MENDOZA J.: DE GRACIA, M: HUAYNALAYA, E: SANCHEZ, A: MENDOZA, E.: Estudio Epidemiológico de Prematuridad en el Hospital General de Tarapoto. 1,971 - 1,980. XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna - Perú; p.p. 16; 1,986.**

**16. NAKAMATZU, C: SALAS, J: CABANILLAS, W: RIVEROS, C: OSORIO, D.: Experiencia de cuatro años en recién nacidos de muy bajo peso. Hospital Central de Sanidad de las Fuerzas Policiales. Departamento de Neonatología. XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna- Perú; p.p. 83; 1,986.**

- 17.ORMEÑO, A: GUTIERREZ, N: KUROKI, H: GOMEZ, I: ESPINO, J.: Estudio Clínico del hijo de primigesta juvenil y añosa en el Hospital Regional de Ica. XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna-Perú; p.p. 29; 1,986.
- 18.OVALLE, A: VALDERRAMA, O: RODRIGUEZ, G.: ORTIZ, M: COUSINS, C.: Etiología del parto de pretérmino y mortalidad perinatal con nacidos de muy bajo peso: estrategias futuras. En: Revista de Obstetricia y Ginecología, Chile; 55 (5): p.p. 26; 1,990.
- 19.PACHECO, J: BACIGALUPO, M: OLIVEROS, M: Características clínicas materno fetales en la prematuridad y el retardo de crecimiento. En: Revista de Obstetricia y Ginecología; 30 (2): p.p. 9; 1,986.
- 20.PRITCHARD, J: MAC DONALD, P: GANT, N.: Parto de pretérmino. Williams Obstetricia. Tercera edición. Editorial Salvat, Barcelona- España p.p. 728 -729; 1,987.
- 21.RAMOS, V: SUYO, J: VASALLO, P.: Estudio de 111 recién nacidos de madres con RPM. Hospital Materno Infantil San Bartolomé Lima XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna-Perú, p.p. 78; 1,986.
- 22.RODRIGUEZ, N. A: Aspectos clínicos y epidemiológicos de la presentación podálica. Hospital General Base - Chepén. 1,978- 1,982. Tesis de Bachiller UNT. Perú. 1,984.

23. RUSH y Col.: Parto de Pretérmino. Farmacología Clínica en Obstetricia. Edit. Médica Panamericana S.A. Primera Edición. Buenos Aires-Argentina; p.p. 165; 1986.
24. SALAS, J.; CORONADO, R.; CABANILLAS, W.; NAKAMATZU, C.; BAZAN, J.: Morbimortalidad Neonatal en el Hospital Central de Sanidad de las Fuerzas Policiales. XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna-Perú; p.p. 23; 1,986.
25. SANTOS, P.; MACHADO, R.; MOLINA, J.: Discrepancia entre edad gestacional referida y edad gestacional ajustada. En: Revista Pediátrica Cubana; 57 (4): p.p. 428; 1,985.
26. SARAIVIA, E.; VELA, J.; IYO, A.; CALDERON, W.; MENDOZA, D.; MORENO, J.: Las RPM en el Servicio de Pediatría del Hospital Loayza. Lima-Perú. XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna-Perú; p.p. 43; 1,986.
27. SASCIETA, L.; RIVAS, G.; LLANOS, R.; SHIMA, R.; NACCHA, G.: Morbilidad en el Servicio de Neonatología Clínica del Instituto Nacional de Salud del Niño. En: Diagnóstico (Perú); 19 (3): p.p. 69-73; 1,987.
28. SILVA, P.; MONTENEGRO, H.; GONZALES, F.; LAPORTE, A.; LARENAS, P.; LEON, J.: Riesgo materno perinatal en gestantes de 35 años y más. En: Revista Médica. Santiago de Chile; 27 (4) p.p. 137; 1,986.

- 29.SOSA, A: ARDAY, G.: Morbimortalidad perinatal en el Hospital Central de Valencia 1,974 - 1,983. En: Revista Obstetricia y Ginecología, Venezuela; 45 (4): p.p. 95; 1,985.
- 30.UZCATEGUI, O: FIGARELLA, D: BENTOLILA, S: TORO, J: FREITAS, F.: Uso del fenoterol en la amenaza de parto prematuro. En: Revista Obstetricia y Ginecología, Venezuela; 47(2): p.p.5; 1,987.
- 31.VARGAS, H: VARGAS, W.: Factores de riesgo en la membrana hialina. En: Revista Ciencia Médica, Costa Rica; 6 (3): p.p. 122; 1,985.
- 32.VELA, J: PELAEZ, R: MIRANO, P: REYNA, S.: Algunos factores condicionantes de prematuridad. Hospital Regional "Victor Lazarte Echegaray" IPSS Trujillo. XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna - Perú; p.p. 52; 1,986.
- 33.WELDT, E: ALARCON, J: VAISMAN, S.: Morbilidad y mortalidad de recién nacidos con peso de nacimiento inferior a 1,500 gr. En: Revista Pediátrica Chile; 55 (5): p.p. 30; 1,984
- 34.WELDT, E: HERING, E.: Estudio computarizado de morbilidad y mortalidad en recién nacidos. En: Revista Pediátrica Chile; 55 (5): p.p. 7; 1,984.
- 35.YOSHIDA, A: MENDOZA, A.: Estudio sobre el recién nacido de peso sub normal. En: Gaceta Médica, México; 118 (3): p.p. 4; 1,982.

## ANEXOS

# FORMATO DE INVESTIGACION

Código.

Historia Clínica

Nombre. ....

## I. DATOS GENERALES MATERNOS

Edad   años Talla   cm. Peso     Kg.

### Procedencia

Rural	1	Mestiza	1
Urbana	2	Negra	2
Urbano-Marginal	3	Blanca	3

### Raza.

### Estado Civil

Soltera	1	1 hijo	1
Conviviente	2	2 - 5 hijos	2
Casada	3	Mas de 6 hijos	3

### Paridad

### Grado de Instrucción

Analfabeta	1	≤ de 27 semanas	1
Primaria	2	28 - 32 semanas	2
Secundaria	3	33 - 37 semanas	3
Superior	4		
Se desconoce	5		

### Edad Gestacional

### Ocupación

Su casa	1	Si	1
Campesina	2	No	2
Empleada pública	3	Edad gestacional al primer	
Estudiante	4	CPN. <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	

### Control pre-natal

Comerciante 5

Se desconoce 6

Periodo Inter-genésico

Menor/Igual 2 años 1

3 - 5 años 2

Más de 6 años 3

Hemoglobina (Hto)

Menor/Igual 8 gr. 1

9 - 10 gr. 2

11 - 13 gr. 3

Mayor 14 gr. 4

ANTECEDENTES MATERNOS

Aborto 1

Natimuerto 2

Pre-término 3

Muerte Neonatal 4

Obito fetal 5

Malform. Cong. 6

Embarazo Múltiple 7

Cesárea anterior 8

Anemia 9

Enfermedad Renal 10

Toxoplasmosis 11

Otros.....12

(Especifique)

PATOLOGIA ASOCIADA AL EMBARAZO

ITU 1

RPM 2

Polihidramnios 3

Embarazo Múltiple 4

Toxemia 5

DPP 6

PP 7

Amenaza de aborto 8

Desnutrición 9

Otros.....10

(Especifique)

RECIBIO TRATAMIENTO CON TOCOLISIS

Si 1

No 2

Qué sustancias?.....

TRABAJO DE PARTO

Espontáneo 1

Estimulado 2

Conducido 3

TIPO DE PARTO

Eutócico 1

Distócico 2

Instrumentado 3



<u>PRESENTACION FETAL</u>		<u>Peso del recién nacido</u>	
Cefálico	1	500 - 999 gr.	1
Podálico	2	1000 - 1499 gr.	2
Transverso	3	1500 - 1999 gr.	3
<u>COMPLICACIONES ASOCIADAS</u>		Mayor de 2000 gr.	4
Endometritis	1	<u>Apgar al minuto</u>	
Desgarro II-III°	2	Menor de 3 puntos	1
Natimuerto	3	4 - 6 puntos	2
Muerte perinatal	4	7 - 10 puntos	3
Asfixia	5	Obito fetal	4
SDR	6		
Ictericia	7		
Sepsis	8		
Malform. Cong.	9		
Aspiración Meconial	10		
Otros.....	11		
(Especifique)			

## II. DATOS DEL RECIEN NACIDO

### Sexo

Femenino	1
Masculino	2

